Lane Medical Library

DE

STENOCHORIA CANALIS NASO-LACRYMALIS.

DISSERTATIO

INAUGURALIS MEDICA

QUAM

CONSENSU ET AUCTORITATE

GRATIOSI MEDICORUM ORDINIS

IN

ALMA LITTERARUM UNIVERSITATE

FRIDERICA GUILELMA

AD

SUMMOS IN MEDICINA ET CHIRURGIA HONORES

RITE CAPESSENDOS

DIE XXIII. M. JUNII A. MDCCCLXVI.

H. L. Q. S.

PUBLICE DEFENDET

AUCTOR

THEODORUS RICHARDUS EMILIUS SUESSMANN

SILESIUS.

OPPONENTIBUS:

W. BAEHREN, MED. ET CHIR. DR.

O. BEESEL, MED. ET CHIR. DD.

V. RINKE, MED. ET CHIR. DR.

BEROLINI

TYPIS EXPRESSIT GUSTAVUS LANGE.

VIRO

ILLUSTRISSIMO ET SUMMUM VENERANDO

JAC. LEOP. SONNECK,

NEC NON

PARENTIBUS

OPTIMIS ET DILECTISSIMIS

HASCE

STUDIORUM PRIMITIAS

PIO GRATOQUE ANIMO

D. D. D.

AUCTOR.

DESCRIPTIO ANATOMICA.

Orbita cum cavo nasi juncta est canali his circumscripto finibus: a parte antica atque exteriore nec non ex aliqua parte interiore fossa lacrymali maxillae superioris terminatus est; a parte posteriore et exteriore hamulo lacrymali, a parte interiore et posteriore finitur parte extrema superficiei exterioris ossis lacrymalis, paulo inferius denique processu lacrymali conchae inferioris. Nominatus est canalis nasolacrymalis; posita est enim in eo pars apparatus illius, qui pertinet ad avertendas lacrymas. Canalis nasolacrymalis membranaceus omnibus ex partibus concluditur hoc canali osseo, in quo positus est.

Procurrit igitur per tria cava: per orbitam, per canalem osseum nasalem, per cavum nasi. Tres igitur partes utriculi lacrymalis distinguendae esse mihi videntur: pars orbitalis, maxillaris, nasalis. Quod autem pertinet ad utriculum lacrymalem, non per planum procurrit, sed in diversas partes quasi extenditur, ita ut conspicienti a parte anteriore ferme praebeat figuram litterae S. Textura utriculi lacrymalis con-

stat ex membrana fibrosa exteriore atque ex mucosa ab illa circumclusa. Illa composita est ex telis cellulosis singulisque fibris elasticis omnibusque ex partibus conjuncta est cum periosteo vicinorum ossium; membrana autem mucosa altera ex parte cum mucosa nasi conjuncta est, altera ex parte per canaliculos lacrymales pergit in conjunctivam oculi. Rubella est atque mollis et spongiosa; reperimus in ea epithelium cylindricum nec non cryptas mucosas passimque dispersa loca edita, in sacco denique lacrymali rugas divergentes parvulas. Utriculus lacrymalis fere digitalis est; perspicua quadam constrictione mucosae, nec raro plica ejus, quae posita circiter quinque lineas sub summa parte lateris exterioris ac anterioris procurrit in lumen saepissime valvulam efficiens, in partem superiorem et inferiorem, in saccum et ductum lacrymalem dividitur. Quae divisio plane satisfacit pathologiae et therapiae; anteponenda igitur illi supra commemoratae videtur.

Accuratius porro contemplantibus saccum illum lacrymalem oblongam ovatamque praebet speciem; compressus est sive constrictus ab exteriore parte in interiorem. Longitudinem habet quinque linearum, diametrus autem horizontalis, ubi maxima quidem est 2‴, ubi minima 1‴ tenet. Superior finis sacci rotundatus est, in parte inferiore cohaeret cum ductu nasali, a quo tamen plica illa distinctus est. In parte exteriore supra plicam illam ostium canaliculorum lacrymalium

est aut divergentium aut in eodem loco concurrentium. Partem superiorem tholum, partem anteriorem positam supra plicam exteriorem recessum nominaverunt. Ante ipsum saccum lacrymalem musculus orbicularis positus est, cujus tendo $1^1/_2'''$ fere infra tholum transverso illo extenditur, omnibus ex partibus ei adhaerens. Sacci paries exterior, qui paullo concameratus in transversam partem posteriorem ad cristam lacrymalem procurrit, tectus est musculo Horneri, procurrente in eo ab crista illa. — Infimus utriculus lacrymalis, ductus nasolacrymalis, nonnisi plica illa circuli sive valvulae speciem praebente sejunctus est. Ceterum et ipse in obliquum declivis est. Diametrus est $^3/_4 — ^4/_5'''$, longitudo ejus circa $7'''$. Pars quaedam $3 — 4$ linearum circumcluditur canali osseo; procurrit autem ductus lacrymalis sub ipsa concha inferiore cohaerente cum pariete nasali aliquantum amplificatus etiam $2—4'''$ inter parietem nasalem atque mucosam nasi; in naso denique finis ejus est. Introducitur autem in ipsum nasum sub angulo admodum acuto; exitus, cujus lumen ovatam praebet figuram quasi tubi in transversum abscissi, angustior est. Pars igitur inferior utriculi lacrymalis posita in meatu narium inferiore tegitur plica mucosae, modo latiore, modo minus lata, quam multi auctores valvulam reddere putant. — Accuratius denique nobis contemplandum est orificium nasale utriculi lacrymalis; positum est $1 — 1^1/_4'''$ pone inde ab apertura anteriore nasi, $3 — 5'''$ supra infimum

nasum. Quo minor est haec apertura canalis, eo inferiore loco posita esse solet eoque latior molliorque plica mucosae est, quae partem inferiorem parietis interioris efficit. Haec valvula semper parieti exteriori adjacet; praeclusionis igitur quasi locum tenet, cui favet maxima mucosae mollitudo nec non mucus membranae adhaerens. Multis autoribus, in quibus illustrissimus noster Frerichs, valvulam illam non semper reperiri putantibus, Jos. v. Hasner contendit, valvulam in inferiore parte utriculi lacrymalis normalem esse atque necessarium ejus momentum.

Ceterum etiam Dr. Arlt atque Dr. W. Rau idem de hac re censere videntur, quorum opinionem etiam experientia statistica probat. —

PHYSIOLOGIA.

Utriculus lacrymalis fungitur derivandis lacrymis ex lacu lacrymarum in cavum nasi. Neque quisquam est, qui dubitet, fieri hoc etiam in statu normali, quamvis ophthalmologi dissentiunt de mechanismo derivationis lacrymarum. Etsi non elaboraturus in recensendis his opinionibus, breviter tamen eas attingam. Petit putabat, utriculum lacrymalem elevatorium esse hydraulicum, E. H. Weber sugendi apparatum, Janin et A. G. Richter lacrymas moveri motu peristaltico utriculi contractis musculorum fibris circularibus, Ad. Schmidt, lucrymas a canaliculis lacrymalibus sugi proprioque pondere abinde moveri. Rosas et Transmondi

contendunt exsorberi lacrymas; sed ille contrahi dicit musculum orbicularem, hic musculum Horneri; quas sententias in unam quasi comprehendit Osborne, qui praeterea profitetur, motum vasorum illorum utriculi lacrymalis etiam lacrymas movere atque amovere. Sed non satis liquet, quomodo ad hanc sententiam perductus sit. Jos. de Hasneri ex sententia utriculus lacrymalis una cum canaliculis lacrymalibus exsorbet lacrymas; censet enim utriculum respirationis cum lacrymali utriculo apparatum quasi esse lacrymas sugentem. Hyrtl statuit, palpebras conclusas punctis lacrymalibus attingere lacum lacrymalem; quomodo autem absorbeantur lacrymae, nondum satis esse notum. Rectiora autem mihi quidem videntur, quae Arlt profitetur de hac re. Exorditur enim e duabus sententiis principalibus: 1. „semper superesse lacrymas in lacu lacrymali; 2. canaliculos lacrymales atque utriculum lacrymalem semper completos esse fluido.“ Liquor igitur ille, in partibus superioribus semper auctus, in partibus inferioribus iterum secundum leges ponderis deminutaeque resistentiae per orificium nasale defluit. Secundum hunc autorem musculus orbicularis „agens est atque regulator“ producendarum in nasum lacrymarum. Quibus rationibus adductus hanc sententiam sibi probabilem fecerit auctor, hoc loco demonstrare longum est; sed argumenta ejus mihi quidem videntur quodque dubium refellere.

ANATOMIA PATHOLOGICA.

Res pathologicae, quarum memoriam injicere mihi proposui, paene ad unum ductum lacrymalem pertinent; nonnisi angustiae stricturaeque illius partis utriculi lacrymalis, quae sub finibus canaliculorum lacrymalium posita est, medico sunt contemplandae; illae enim solae aegroto molestae sunt, sanandaeque igitur a medico. Etsi enim negari non potest, in sacco lacrymali quoque blennorrhoeam, inflammationem oriri, proliferationem cellularum, cicatrices, tumores mucosae existere, quae stenochoriam sacci efficiant, nunquam tamen illa aegrotum vexat; quae si constat, tamen non impeditur, quominus lacrymae per ductum lacrymalem defluant, si pars posita sub ingressu canaliculorum lacrymalium patet.

Stricturae canalis nasolacrymalis, quae si sunt simplicissimae, modo intumescentiam mucosae, si sunt gravissimae, sive concretionem seu aliam atresiam membranacei canalis praebent, variis morbis membranacei vel ossei canalis lacrymalis efffciuntur. Et aptum mihi quidem videtur esse, ex forma et modo pathogeneseos quatuor genera stricturae canalis nasolacrymalis discernere.

Quorum primum genus est simplex intumescentia mucosae. Hic quidem locus coartatus longus est et lumen canalis aequabiliter coartatum esse solet. Constat in intumescentia mucosae, quae plerumque sim-

plicem ejus catarrhum sequitur. Qua de causa mucosa ipsa tumida, madida ac mollita est. Submucosa autem raro sedes gravis infiltrationis serosae est, cum mucosa jam densata, spissior et hypertrophica esse solet. Epithelium quidem item tumidum et auctum.

Alterum genus est stricturae callosae. Si in morbo catarrhali aut dacryocystitide non solum tunica mucosa, sed etiam strata submucosa et fibrosa tentantur nec morbus prospere vincitur, mucosa cellulas proliferat; magna densatio et hypertrophia ejus, densatio et induratio submucosae invenitur; tum accedit proliferatio telae cellulosae, quae primum in lumen canalis prominet, ita ut illud coartetur, postea autem corrosione et ulceribus prospere sanátis parietes canalis introrsus conduci possunt, ut hoc quoque modo canalis coartetur. Cujus stricturae forma sive ex magnitudine partis invalidae sive ex porrectione proliferationis telae cellulosae sive ex modo cicatricis retractionis valde varia esse potest, modo magis diffusa, modo magis circumscripta. Genere autem universo duae hae formae inter se non differunt, nam strictura diffusa quasi e multis circumscriptis constat; valde vero quoad therapiam differunt. Et circumscriptae quidem dividuntur tum in eas, quae cicatrices formant, tum in eas, quae corrosione oriuntur, denique in eas, quae inveniuntur in tela alio loco non mutata. Hic aut callositates aut tumores ex summa tela prominentes, modo papillares, modo verru-

cosi, modo villosi, se praebere possunt. Retractio autem his in formis accidere potest, qua tum forma cicatricis fit.

Tertium genus stricturae, quae valvulam quandam efficit, ab duabus illis formis, quas modo attuli, nec quoad modum, quo oritur, nec quoad causas, unde nascitur, differt et formatur quidem, cum mucosa loco circumscripto torum efficit et quasi duplicatura in canalis lumen fornicatim curvatur. Talis valvula saepe prope locum, quo canaliculi lacrymales ingrediuntur, sub ligamento palpebrali interno inveniebatur.

Qnartum genus stricturae non proficiscitur ab utriculo ipso, sed a partibus circum eum sitis, a periosteo et ab ossibus ipsis. Periostitis, caries ossium, formatio osteophytorum, formationes, quae a periosteo oriuntur, utriculum lacrymalem extrinsecus comprimere et hoc modo indirecta ratione stenosin ejus efficere solent. Si hac in re alter paries utriculi alteri admovetur et tela ipsa forsitan inflammatione vel catarrho affecta ad formationem cellularum adducitur, stenosis totius luminis accidere potest, sive simplice conglutinatione mucosae, epithelio laeso, sive perfecta concretione utriculi parietum. Haec est perfecta coartatio utriculi lacrymalis et crux therapiae. Cujus quidem locus plerumque est ostium nasale canalis nasolacrymalis.

AETIOLOGIA.

Quamquam singula stricturarum genera ductus lacrymalis describens, jam ostendi, quibus causis adducantur, tamen, ut illas melius intelligamus, earum hic quoque mentio facienda est, quod sunt gravissimi quoad therapiam momenti. Stricturae igitur ductus lacrymalis non sunt primariae formae morbi, sed semper morbos alius generis sequuntur. Semper morbus antea exstiterit necesse est mucosae aut solus aut conjunctus cum inflammatione stratorum fibrosorum vel cum morbo ossium vicinorum. Qua de causa aetiologia stenochoriae ductus nasolacrymalis semper eadem est ac simplicis aut complicatae ductus inflammationis. Quibus ex causis existere illa potest, ex iisdem quoque canalis lacrymalis coartari potest. Si igitur Dr. Himly in libro, quem de morbis oculorum scripsit, de causis coartationis utriculi lacrymalis ait: „Et membranam mucosam canalis nasalis afficiente inflammatione et blennorrhoea utriculi tumor, dissolutio, hypertrophia efficitur; jam vero morbus mucosae nasi propagari potest ad infimam mucosam canalis nasalis“ — ex parte quidem, sed non plane explicat, quibus ex causis utriculus coartari possit. Inflammatio vel catarrhus mucosae plerumque est causa stenochoriae, praecipue levioris. At quomodo organum ita absolutum et munitum ad tam varios morbos adducitur, quorum eventus injucundissimi homini aegroto

sunt? Quod non difficile erit explicatu, si mucosam utriculi non minus ad catarrhum praedispositam esse, quam alias mucosas viderimus. Quod si ita se habet — et hoc est proprium mucosae — causae occasionales non deerunt. Quarum duae inprimis sunt memorandae: propagatio conjunctivitidis oculi aut coryzae saepissime causa dacryocystitidis est, quae nisi prospere curatur, stricturas primorum trium generum relinquere potest. Scarpa unamquamque dacryocystitidem a conjunctivitide profectam esse, abnormem mucum conjunctivae in utriculum lacrymalem ingredi ibique directa irritatione inflammationem propagare putabat. Alii autem hanc sententiam oppugnaverunt neque injuria. Nequaquam enim omnis dacryocystitis a conjunctivitide, quamquam id saepe fit, proficiscitur. Minime autem dacryocystitis esse metastasis acris ex longinquis partibus corporis esse potest, quam sententiam praecipue Schmidt, Pott, Richter et Himly defenderunt. Himly quidem hac de re ait: „Contagia, praecipue male curatae variolae, morbilli, lues syphilitica, crebra causa sunt dacryocystitidis, tum morbus metastasis esse putatur.“ Conjunctivitis, si cum morbo utriculi juncta est, multo saepius secundaria est et partim impedita defluentia lacrymarum, partim propagatione irritationis efficitur. Hyperaemia enim chronica conjunctivae in cantho interno, praecipue si stagnat mucus, blennorrhoeam utriculi saepius sequitur. Sed multo graviores et crebriores sunt utriculi morbi,

qui inflammationem et ulcera membranae Schneïderi comitantur. Multi quidem veterum autorum id commemoraverunt, sed ignorarunt vim ejus combinationis; sciebant quidem, gravedinem comitari morbos utriculi, non autem intelligebant, horum persaepe illam esse causam. Chelius primus, sententiam illam Scarpae oppugnans, contendit, crebras et diuturnas inflammationes mucosae nasi diffundi saepe ab imo usque ad summum et morbum efficere ductus lacrymalis. Quam sententiam postea praeceptor meus maxime venerandus Dr. Jüngken defendit. Et anatomia pathologica docemur, non solum morbos cavi nasi et utriculi lacrymalis simul evenire, sed etiam hos illis effici. Quod quidem nemo dubitabit, qui observationes de morbis utriculi lacrymalis ab singulis autoribus collectas inspexerit. Ego quidem medicinae scientia nondum tanta polleo, ut mihi his in rebus auctoritatem arrogem, sed maxima ex parte morbos utriculi lacrymalis, ideoque etiam stricturas ejus praecedentibus mucosae nasi morbis existere censeo. Et stricturae quoque quarti generis, quae morbo ossium circum utriculum positorum sive periostitide sive carie ossium sive formatione osteophytorum adducuntur, praecipue ex propagatione morbi a periosteo inde et nasi ossibus proficisci solent. Nunquam fere utriculus, si periostitis aut caries os lacrymale vel maxillam superiorem vel conchas vel os ethmoidale invadit, non afficitur. Cum autem periostitis, quae in suppurationem abiit, et caries ossium

utriculum ipsum in exulcerationem ducunt, ita ut plerumque cum fistula, per quam pus in regione canthi interni oculi effunditur, se conjungat, quo quidem fistula sacci s. ductus lacrymalis existit, qui morbus difficilior, sed sanabilior est: tantum post periostitidem, si exostoses vel periostoses vel osteophyta efficit, quae persaepe in ossibus carie affectis crescunt, totalis stenosis, raro partialis utriculi lacrymalis oriri solet. Ex quo intelligimus, morbos cavi nasi gravissimam morborum utriculi lacrymalis, praecipue stricturarum causam esse. Semper autem permulti valvulae Hasneri morbi, quibus strictura ejus vel concretio oritur, ex nasi affectionibus pendent. Recte igitur dici possit, ex omni gravedine morbum utriculi lacrymalis proficisci; si autem pauciores aegroti, quam theoria vult, therapiam efflagitant, ejus rei causa in eo posita est, quod catarrhus simplex mucosae utriculi non minus celeriter curatur, non minus rare diuturnas laesiones efficit, quam gravedo. Quibus causis sententia et veterum nosologorum et eorum refutatur, qui hodieque contendunt, refrigerationem, acrimoniam sanguinis omnesque alios morbos dyscrasicos et constitutionales materias specificas maxime in utriculum lacrymalem transferre. Quod quidem neutiquam ita accipi velim, ac si nullum inter affectiones utriculi et morbos reliqui corporis contextum statuam, sed eum in eo tantummodo positum esse contendo, quod, sicuti in communibus morbis nutritio omnium mucosarum, et qui-

dem nutritio mucosae nasi praecipue in scarlatina, morbillis, syphilide perturbatur, ita illa perturbatio e naribus propagata etiam in utriculo existere potest neque vero utriculus potissima ejus sedes est. Nec vero quaestionem de aetiologia stricturarum utriculi lacrymalium relinquere possum, priusquam illud quaesivero, quomodo fiat, ut plerumque eadem una in parte eaque laeva reperiatur. Quaero igitur, utrum acre aut morbi materia a veteribus nosologicis jactata in alterum modo utriculum lacrymalem inferatur an catarrhus e naribus tantum per ostium nasale penetrare possit, et cur alter utriculus lacrymalis ei portam concludat? Malgaigne ostendit, utriculum lacrymalem in laeva parte crebrius aegrotare, quam dextra, simulque exposuit, qua de causa id ita sese habeat. Demonstravit enim, laevum canalem vulgo esse angustiorem, quam dextrum, quod etiam Hyrtl in anatomia docet. Summum vero meritum debetur Jos. de Hasner, quod causam, cur una pars saepius aegrotet, crebro et diligenter cadavera metiendo detexit, quum quidem in eo observavit, diametrum alterius canalis sane plerumque minorem esse, quam alterius, quamquam haud semper laevi. Alteram vero causam aegrotandi in una parte formam utriusque canalis plane inconcinnam censet. Porro etiam docuit, in nasibus oppressis majorem canalis inclinationem ad planitiem horizontalem aptissimam esse ad morbos utriculi lacrymalis efficiendos. Sed ut haec omittamus, illud tantum adhuc comme-

morabo, secundum tabulas publicas feminas et puellas plerumque magis, quam viros ac pueros ad mala utriculi lacrymalis ejusque stricturas inclinare. —

SYMPTOMATA.

Stenochoriae canalis lacrymalis symptomata initio cum signis iuflammationis ductus nasolacrymalis conjuncta sunt. Inflammatio vero vel catarrhus incipit majoribus vel minoribus doloribus, qui maxime e sacci lacrymalis loco proficiscuntur et usque in nasum oculumque diffunduntur. Accedit levis rubor palpebrarum, dum exterior cutis, quae supra utriculum lacrymalem est, plerumque colorem retinet. Puncta vero lacrymalia paullo sunt retracta et clara fluida defluunt e cantho interno de malis; quo loco est saccus lacrymalis, ibi paullatim apparet intumescentia, fabae magnitudine, terminata, quae initio minus elevata, quam molesta est. Quae si infra comprimitur, parvum fluidum e punctis lacrymalibus, si supra, ex ostio nasali provenit. Mox rubescit etiam caruncula lacrymalis, plica semilunaris, conjunctiva scleroticae; item lucet rubor inflammabilis ex canali ad cutem externam et intumescentia antea pallida, postea vero rosae modo rubescit. Paene simul etiam oedema existere potest, quo tempore secretum quoque utriculi mutatum ac muci secretio non quantitate solum major facta, sed etiam mutata est. Existit enim mucosae secretio inflammabilis, composita ex liquore seroso

una cum mucosis purulentisque productis, quae aut per externa canaliculorum ostia aut per ostium nasale effunduntur. Ille autem liquor, quia mucosae intumescentia canalem et ostia magis minusve reddit vel angusta vel inpenetrabilia, difficulter minusque copiose per se defluit, quare in utriculo sese colligit, qui propterea magis magisque extenditur. Mox sane ex istit ectasis sacci lacrymalis impleti tum fluido purulento et mucoso, si inflammatio crescit, tum seroso, si blennorrhoea permanet. Quem quidem antea appellabant hydropem sacci lacrymalis sive dacryocystatoniam. In utraque re, praesertim vero in prima cutis, quae supra saccum est, multo tenuior facta in uno loco perforatur idque, quod sacco continetur, effunditur, ita ut ulcus fistulosum relinquatur, quod cum sacco lacrymali cohaeret et ex quo fluidum lacrymalis varia quantitate cum muco vel pure mixtum effluit; quae quidem fistula sacci lacrymalis vocatur. Priusquam tamen ad hoc stadium perventum est, mucosa fere jam intumescit, crassa, hypertrophica est. Existit enim strictura canalis saepissime quidem in infima parte vel in valvulae regione inter saccum et canalem, qui liquoris defluxum cohibet. Sin autem suppuratio in canali lacrymali ejus exulcerationem effecit, ulcera evadunt sive in externa libera parte sive in interiore osse lacrymali imposita; nisi malum utriculum devastavit ossaque circumposita diruit, proliferatio cellularum, cicatrices, osteophyta, exostoses apparent, quibus iterum

stenochoria canalis lacrymalis efficitur. Quo facto signa inflammatoria decrescunt, sed status mucosae blennorrhoicus jam permanet et signa stenochoriae complicat. Restat, ut stenochoriae signa ipsa explicem, quae cum in omnibus utriculi stricturis sint fere similia, tantum pro earum magnitudine magis minusve apparent. Cutis tumoris supra saccum lacrymalem, qui quidem nullos efficit dolores, certis terminis conclusus, normalis est; fluidum, quod inest in eo, si quis comprimit eum, in levioribus stricturis in utrumque finem effunditur. Crescit intumescentia cum strictura, quocirca maxima videtur, si ostium in inferiorem partem nimis coartatum vel conclusum est, sive in atresia canalis nasalis. Qua in re ea, quae tumore continentur, non nisi per canaliculos lacrymales effundi possunt. Si igitur saccus tumens premendo evacuatur, paullatim rursus impletur. Tumor apparens unicum est signum constans stricturae, qua in re omnes etiam scriptores consentiunt. Aliter sese habet epiphora, quae et ipsa existere potest, si utriculus lacrymalis lacrymas juste derivat, sed etiam in stricturis canalis nasalis deesse potest. Canalis certe nasolacrymalis lacrymas supervacuas e lacu lacrymarum ad nasum derivat, quare summo jure existimandum est, impedimentum aliquod in canali, quod strictura offert, etiam lacrymarum derivationem cohibere, sive epiphoram existere. Quod necesse esset, si glandulae lacrymales omnium hominum et quidem omni tem-

pore fluida supervacua darent, quod minime semper eodem modo se habet.

Dr. Arlt contendit, lacrymarum liquorem semper abundare, nec omnes exhalari lacrymas vel conjunctiva rursus sugi, sed semper esse superfluum, qui a punctis lacrimalibus recipiatur. Quod quidem verum est, minime vero necesse est, si lacrymae per canalem nasolacrymalem non defluunt, fluxionem quasi lacrymarum, quam epiphoram nominant, existere. Certe enim maxima liquoris lacrymarum pars consumitur, ut bulbus oculi semper humidus et lubricus sit, et aut exhalatur aut conjunctiva sugitur, ita ut parva tantum pars a punctis lacrymalibus absorbeatur. Quae pars minima per canalem lacrymalem defluere solet, et si coartatur, per stricturam in nasum venit. Qua clausa via per aliquod tempus in cantho oculi interno morata ex mea quidem sententia altera pars exhalari et absorberi potest. Quippe in eo sumo, opportune evenire, ut strictura non sit gravis ceteraque omnia ordini conveniant normali neque aut nimiae lacrymae profundantur, aegroto ad flendum inclinato, aut ulla ex causa lacrymarum secretio aucta sit. In plurimis autem hominibus rebus ex ratione instructis non respicitur, utrum canalis pervius sit annon, cum illa lacrymarum pars, quae antea per canalem defluebat, per stricturam etiam defluat, quod si fieri non potest, aut exhalatur aut absorbetur. Quin etiam suspicari possumus, glandulam lacrymarum, ut glandulas alias,

minus secernere, si secreti emissaria sunt invia, et hoc modo adaequationem fieri. Hisce causis secretionem glandulae lacrymalis minui Juengken bene animadvertit. Inde igitur sequitur, ut, si lacrymarum secretio est parva, emissario non agente, epiphora non sit necessaria, cum parva lacrymarum copia partim vasibus conjunctivae resorbeatur, partim exhaletur. Sed epiphora conjuncta cum strictura canalis lacrymalis existit, primum si homines semper magnam lacrymarum copiam producunt, deinde si lacrymae ad tempus augentur, ut in flendo, tum si acris lux, aër severus, corpora aliena conjunctivam irritant, postremo si conjunctivitis, blepharospasmus, scleritis aliique oculi aut nasi morbi lacrymarum secretionem auctam efficiunt. Tribus autem in exemplis quae postremum commemoravi, etiam si utriculus pervius est, epiphora existit, quae non recte stricturae canalis lacrymalis tribuitur.

3. Nasus siccus. Omnes paene autores praesentis etiam temporis signum stenochoriae canalis nasalis siccitatem nasi ejusdem lateris esse censent, ut Osborne, Janin, Fischer, Himly, Jüngken aliique. Jam J. v. Hasner sententiam oppugnavit, ex qua lacrymae cavum nasi madidum reddunt et inopia earum in cavo nasi sensus siccitatis existit. Si omnia ad rationem instructa sunt, parvum quidem lacrymarum fluidum per canalem lacrymalem ex ostio nasali egrediens in nasum defluit, sed non satis est, ut inferiorum nasi

meatum madefaciat, nedum meatum superiorem et medium, cavum frontis, antrumque Highmori a siccitate defendat. Autores illi si derivatione lacrymarum per nasum impedita hunc siccum esse putant, non viderunt, mucosam nasi sanam, ut unamquamque aliam mucosam, secretum ipsam proferre et, si stricturam canalis lacrymalis nasus siccus comitatur, hunc effici e catarrho nasi, qui aut una adest aut antea causam stenochoriae praebens aderat. Nunquam vero de siccis naribus aegrotum querentem audies, si catarrhus nasi jam sanatus sive siccae intumescentiae stadium ejus superatum est. Qua ex re perspicitur, quomodo fieri possit, ut siccitas nasi, quum adsit, per totum cavum nasi sentiatur, quamvis canalis nasalis strictura alteram tantum partem nasi corripiat. Siccitas nasi nunquam stenochoriae, sed catarrhi tantum nasi signum est, et id quidem haud parvi momenti.

4. Signum non minus incertum est, palpebras in interiore cantho humore mucoso atque purulento, qui illum plus minusve imprimis mane vel omnino aliquamdiu omissa purgatione implere solet, esse oblitas, nam hoc fieri tunc tantummodo potest, si dacryocystitis recrudescit.

5. Nonnulli canalis nasalis stricturam eo interdum cognosci putant, quod per cutem quasi durities quaedam sentitur.

Omnia ea, quae attuli signa, non sufficiunt ad diagnosin in singulis aegrotis faciendam, quam specil-

lum inductum demum certam reddit. Ut stricturam praesentem cognoscas, specillum vulgare Anelianum per superiorem canaliculum lacrymalem in utriculum inductum lente nulla vi adhibita usque ad stricturam ipsam promovebis et per eam traducere conaberis; ex crassitudine specilli inducti lumen stricturae, ex difficultate inducendi genus, ex longitudine partis inductae intervallum, quod interest inter stricturam et caniculum superiorem, cognoscere poteris. Strictura si simplex est, specillum facile inducitur et sine magna difficultate specilla admodum crassa reducuntur. In strictura callosa specillum facile usque ad stricturae locum inducitur; ibi difficultas oritur et saepe debilius specillum inducendum est; quum per stricturam traducitur, resistentia crescit, quoniam paries admodum rigida est, neque facile specillum educitur, quum paries angustus specillo adhaerens id quasi retineat. Quum strictura operculo similis sit, quae plerumque supra sedem habeat, haud ita longe specillum induci potest; simulac vero operculum apertum est, quem ad finem inferior specilli pars semper juxta parietem canalis vertenda est, facillime inducitur et reducitur specillum. In stricturis quarti generis specillo inducto impedimentum durum ac firmum occurrit; difficillime traduci subtilissimum etiam specillum potest.

Decursus morbi. Stenochoria nisi sanatur, crescit; dacryocystitis recrudescit; hydrops sacci lacrymalis vel fistula lacrymalis vel concretio parietum seu atresia

canalis et utriculi sequuntur.

Prognosis semper bona quoad vitam; quoad valetudinem completam inopportuna est stricturae callosae sive ex ossium morbis ortae.

Therapia. Quod attinet ad therapiam, ante omnia videndum nobis est, utrum fieri possit, ut integrum canalis lacrymalis statum restituamus, an, si id nullo modo fieri possit, aegrotum molestiis, quae e stenochoria canalis nasolacrymalis oriuntur, liberemus.

Ad primum eumque gravissimum finem assequendum multa atque varia remedia commendata sunt, quorum ea, quibus hodie non utuntur medici, historica tantum mentione tangam.

1. Dilatatio stenochoriae canalis nasolacrymalis. Inter remedia varia, quae in ea adhibita sunt, primum est infusio. Anel ab inferiore lacrymali puncto siphone, quem ipse comparaverat, varia infudit, quae aut purgarent aut adstringerent mucosam, aquam, solutionem sacchari, boracem, cuprum sulfuricum. Blizardius hydrargyrum metallicum siphone Aneli in canalem immisit, ut dilatationem stricturae perficeret. Secundum remedium instillatio adstringentium est, quae in canthum internum oculi aliquot per dies facienda est, ut ea adstringentia punctis lacrymalibus sugantur et in canalem nasalem ducantur. Quod quidem Jüngken adhuc commendavit. Sed illud primum remedium fere omnes, secundum permulti ophthalmologi, imprimis A. de Graefe, vir summi ingenii,

tamquam inutile, immo perniciosum improbant. Tertium remedium inductio specilli est; adhibetur specillum Aneli, cujus crassitudo secundum stricturae gradum eligenda est, quod, sicut jam Anel fecit, per superiorem canaliculum lacrymalem inducitur, qui ex praecepto A. de Graefe antea scalpello dilatatur, ut specillum secundum axin sagittalem in canalem induci possit. Specillum lente et continuate inducitur et per viginti usque ad triginta minutas ibi permanet; quod quotidie repetitur usque ad sanationem, quae in stricturis simplicibus brevi tempore perficitur. Si ruga valvulae similis plerumque in exteriore canalis parte posita canalem concludit, specillum ita inducendum est, ut eam aperiat; at specillo educto valvula rursus canalem concludit, quam ob rem nisi crassa specilla adhibentur, aegroti non levantur. Quum ita res se habeat, astringendi causa lapidis infernalis, zinci sulfurici, cupri sulfurici solutio apte injicitur. Deinde inductio corporis alieni in canalem nasalem per punctum lacrymale aut per ostium nasale adhibetur; filo, quod per punctum lacrymale specillo in inferiore parte perforato inducebatur, per canalem perducto ab ostio nasali linteola carpta in canalem aut tubulus metallicus inducitur. Quamquam utrumque remedium saepius adhibitum est multaque instrumenta hunc ad finem constructa sunt, attamen utrumque reprobandum et tanquam inutile et periculosum rejiciendum mihi videtur. Dr. W. Rau nostro tempore vetustum reme-

dium, quod jam Bianchi, du Bois (1802) et postea Gensoul adhibebant, restituit, cui id proprium est, ut per nasum mucosam canalis morbo affectam et medicamentis et instrumentis, specillis et catheteribus, quos per ostium nasale canalis lacrymalis inducebunt, in integrum restituere conentur. Qui commodis, quae Gensoul et Rau viderant, allectus, hanc methodum adhibere vult, descriptionem conferat, quam Rau in tabulis a de Graefe editis publicavit. Postremo strictura recta via per saccum ipsum lacrymalem curari potest. Saccus si satis completus est, scalpellum immittitur atque ostium ita apertum scalpello retrahendo dilatatur. Hanc per aperturam recta via strictura remediis aut adstringentibus aut exsiccantibus veluti aqua calois, aqua saturnina, solutione sublim. (Jüngken) impugnatur; meliorem quam remediis exsiccantibus eventum assequi potes, si linteolam carptam et solutione lapidis infernalis imbutam aut remedia corrosiva adversus stricturam ipsam adhibes. Ut segmenta chordarum (bougies) solutione argenti nitrici antea imbuta et post exsiccata, quorum crassitudo stenochoriae accommodanda est, in coartatum canalem lacrymalem per foramen manu vel natura factum inducantur, neque ante vicesimam quartam horam recipiantur, suadet Dr. W. Rau. In canalem hoc modo et vi caustica et intumescente chorda dilatatam nonnullum tempus filum plumbicum inducendum est, priusquam fistula concludi potest. Praeter hasce methodos oph-

thalmologi aliis similibus uti solent, quas ob angustias hujus scriptionis explicare mihi non licet.

Molestiae postremo quomodo tolli possint, stenochoria non sanata, explicabo. Quod si non semper peragi possit, nonnunquam obliteratione utriculi lacrymalis perficitur. Naturam ipsam interdum ad hoc ultimum refugium descendere videmus; recrudescente dacryocystitide paullatim canalis a summo ad imum concrescit, dum fistula antea exorta, ulcerationes et alia consanescunt, aegrotus molestiis liberatus abit, si res male se habet, retinet epiphoram. Indicationes obliterationis petendae sunt perpetuo incremento purulenti ac mucosi fluidi in cantho oculi interno et si inde membranae oculi irritantur; deinde si deformantes molestaeque fistulae lacrymales cum perpetua suppuratione adducebantur primum per stenochoriam canalis nasolacrymalis nullo remedio curandam, secundum ulceribus in canale exortis, denique atresia et concretione inferioris utriculi partis, quam perforare nequidquam tentatum est. Obliteratio, si id fieri potest, vitanda est, quoniam epiphora subsequi possit. Si quis autem ab obliteratione abhorrescat veritus, ne epiphora intret, nimis timido animo esse videtur. Attamen tibi ante operationem persuasum habeas oportet, utrum secretio lacrymarum aegroti semper permagna sit an fere tantas tantummodo lacrymas secernat, quas conjunctiva absorbeat et sugat aut quae exhalentur. Haud raro apparet, quam in partem oculus inclinet; alii oculi valde

lacrymant, alii ne gravi quidem irritatione lacrymis replentur. Si prius accidit, obliterationem evitare studeas, si posterius evenit, ne abhorrescas ab illa. Quod post obliterationem utriculi lacrymalis siccitas nasi existit, jam antea refutavi.

Obliteratio canalis lacrymalis primum efficitur medicamentis causticis. Saccus lacrymalis a summo ad imum, quin etiam culmen finduntur, quo facto, ligamento palpebrali dissecto interno, totius sacci interna planities patet. Quod autem attinet ad cauterisationem ipsam, majoris momenti est, quomodo cauterisetur, quam quibus medicamentis ad hoc utaris. Illustrissimus noster de Graefe ad cauterisandum zinci chlorati, cali caustici loco adhibet potius lapidem infernalem et quidem canalem totum cauterisat. Qua in re ab deletione canaliculorum lacrymalium incipit, quod, si integri permanent, lacrymae in saccum perveniunt, quarum salia irritant et malum secretum adducunt. Ad evertendos canaliculos lacrymales, ut puncta lacrymalia secentur, suasum est. Quo quid efficiatur, incertum est, canaliculos lacrymales filo substringi vel substantiam causticam in illos injici praestat. Attamen his quoque rationibus uti longum et incertum est. Quod canaliculos lacrymales in cauterisando sacco interdum ex interiore ostio conclusos animadverterunt, extrinsecus etiam arte claudere conati sunt. Sacco late fisso ac spongia premente dilatato ostia canaliculorum lacrymalium in interiore sacco quaesita cauterisantur tan-

tummodo lapide infernali. Quo loco per duos tresve dies cauterisato, canaliculi lacrymales plerumque plane conclusi sunt. Quod autem pertinet ad eversionem ductus lacrymalis, saepius iterum iterumque cauterisare et eo quidem momento temporis, quo paullo post corrosionem epithelii secretum fit dilutum, ut non denuo epithelium formari possit, necesse est. Argentum nitricum abunde sufficit ad efficiendam obliterationem. Diffluentia caustica veluti zincum chloratum, kali causticum, butyrum antimonii, cauterium Wienense evitanda sunt, propterea quod facile plus evertunt, quam oportet, facile chimosin, conjunctivitidem et periostitidem secum ducunt. Ferrum candens a multis quidem autoribus commendatum de Graefe non adhibet ad hanc operationem conficiendam, quod non penes medicum est definire, quantum efficiat, quin etiam finitima ossa cauterisari possunt, et quod aegrotis praeter necessitatem horror injicitur.

Praeterea rhinotomia lacrymalis a Gerdy et perforatio maxillae superioris, quam Laugier, Joubert et alii commendabant, ut derivatio lacrymarum ex oculo institueretur, mihi nulla ratione nisi ob fidem historicam sunt commemorandae.

Restat, ut in fine dissertationes fontes addam, ex quibus ea, quae scripsi, hausi. Igitur quae hac dissertatione disserui, tum ex operibus Jac. Osborne, Caroli Himly, Jos. de Hasner, Jüngken, ex tabellis de Graefe ophthalmologicis, lexico Wagneri

de physiologia, ex anatomia Hyrtl et Hollstein depromsi, tum imprimis lectionibus illustrissimorum Prof. Dr. Juengken et de Graefe debeo. Si quis autem hoc scriptum benevolo animo legat, quaeso, ne aegre ferat, quod multa quidem nec tamen quidquam novi protulerim.

VITA.

Natus sum Theodorus Richardus Emilius Suessmann, Raudten, oppidulo in Silesia sito, die XXI. m. Septembris a. MDCCCXLII patre Carolo, matre Bertha e gente Wiesnack, quos parentes optimos Deus optimus maximus posthac conservet. Fidei addictus sum catholicae.

Primis litterarum elementis in schola patria instructus, tempore auctumnali a. LIV. gymnasium adii Glogoviense catholicum, quod etiam nunc directore Dr. Wenzel, viro summi ingenii floret. Quo per annos octo frequentato, tempore paschali a. LXII maturitatis testimonium adeptus, in numerum civium academiae regiae medico-chirurgicae militaris ascitus sum.

Quadriennium per academicum viris hisce Illustrissimis, Celeberrimis, Experientissimis praeceptoribus usus sum: G. Rose de mineralogia; Braun de botanice; Peters de zoologia; Werder de logice et de psychologia; Dove de physice; beato E. Mitscherlich de chemia anorganica; A. Mitscherlich de eadem; Sonnenschein de chemia organica, de chemia forensi, de pharmacologia; C. G. Mitscherlich de materia medica; Liman de medicina forensi; Lieberkuehn de osteologia et syndesmologia, de sensuum organis; Reichert de anatomia universali, de anat. comparata, de corporis humani evolutione, de generatione, de cerebri et medullae spinalis textura et structura; Du Bois-Reymond de physiologia universali et speciali, de diffusione; Boehm de aciurgia, de dentium morbis, de ophthalmologia, de perspicillis; Troschel de fracturis et laxationibus; Burchard de morbis cutis, de syphilide; Jüngken de chirurgia, de laesionibus corp. hum.; de Lauer de se-

miotice, de therapia generali; Schultz-Schultzenstein de encyclopaedia medica, de pathologia et therapia generali; Virchow de pathologia generali, de anatomia path.; Hirsch de pathologia et therapia speciali, de morbis pop.; Schoeller de arte obstetricia; Elsholtz de morbis simulatis et dissimulatis, de delectu tironum.

Practice me exercebam viris hisce praestantissimis ducibus: Reichert in arte cadavera secandi, in usu microscopii; Liman et Skrzezka in sectionibus medico-forensibus; Virchow in sectionibus pathologicis; Troschel in arte fascias applicandi; Boehm in operationibus chirurg. et ophthalmiatricis; Schoeller in operationibus obstetriciis; T. Meier in auscultatione et percussione.

Instituta frequentabam clinica haecce: medica Frerichs, Traube, Ebert; chirurgica Jüngken, de Langenbeck; ophthalmiatrica Boehm, Jüngken, de Graefe; obstetricia Schoeller; syphilitica Lewin; psychiatrica Westphal et Griesinger.

Optimis illis praeceptoribus summe de me meritis gratias ago et habebo quam maximas.

Superatis tentaminibus et physico et medico nec minus examine rigoroso spero fore ut, dissertatione hac cum thesibus adjectis palam defensa, summi in medicina et chirurgia honores rite in me conferantur.

THESES.

I. Rheumatismus articulorum acutus citissime emplastris cantharidum ordinariis ad articula applicatis sanatur.

II. In ceratitide pannosa nunquam puris inoculatio, gravissimis modo in aegrotis syndectomia facienda est.

III. Haematemeseos modus ad ventriculi carcinoma et ulcus simplex discernenda maximi est momenti.

IV. Non furor solum, ut legimus in codice legum Borussorum § 693, sed etiam dementia ratio matrimonii dirimendi esse mihi videtur.